

(別紙1)

柴田町子育て世帯訪問支援事業訪問依頼書

年 月 日

殿

柴田町長

標記の件につきまして、次のとおり決定しましたので、訪問支援を依頼します。

申請者	ふりがな				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	住 所				
	電話番号			メールアドレス	
世帯状況	氏 名	続柄	生年月日	職業・学校(学年)	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
緊急連絡先	ふりがな				電話番号
	氏 名				
	住 所			申請者との続柄	

利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
利用時間	時 分 ~ 時 分				
利用回数	回/週				
利用者負担額	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	世帯区分				利用者負担額 (1時間あたり)
	生活保護受給世帯、町民税非課税世帯				0円
	町民税所得割額が71,101円未満で児童扶養手当受給世帯				150円
	町民税所得割額が71,101円未満の世帯、町民税所得割額が71,101円以上で児童扶養手当受給世帯				300円
上記以外の世帯				600円	
支援内容	家事支援	<input type="checkbox"/> 食事の準備・後片付け		育児・養育支援	<input type="checkbox"/> 乳児の沐浴介助
		<input type="checkbox"/> 居室等の掃除			
<input type="checkbox"/> 衣類等の洗濯		<input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 生活必需品の買物					
<input type="checkbox"/> その他()					
備考					